

## Flieger-Stammblatt (BITTE VOLLSTÄNDIG AUSFÜLLEN)

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon privat Telefon mobil

\_\_\_\_\_  
Telefon geschäftlich E-Mail-Adresse

EASA Klasse 2  FAA Class 2

EASA Flugbegleiter  FAA Class 3

Größe in cm: \_\_\_\_\_ Gewicht in kg: \_\_\_\_\_

Augenfarbe: \_\_\_\_\_ Haarfarbe: \_\_\_\_\_

### **Einwilligung zur Weitergabe der medizinischen Informationen (diese wird von der LBA gefordert):**

Hiermit willige ich in die Weitergabe sämtlicher Informationen des Berichtes und einzelner oder aller Anlagen an den flugmedizinischen Sachverständigen und ggf. den medizinischen Sachverständigen der Genehmigungsbehörde ein.

Ich nehme zur Kenntnis, dass diese Unterlagen oder die elektronisch gespeicherten Daten für den Abschluss der medizinischen Beurteilung Verwendung finden und in den Besitz der Genehmigungsbehörde übergehen und dort unter der Maßgabe verbleiben, dass mir oder meinem Arzt entsprechend den nationalen Rechtsvorschriften Zugang gewährt wird. Die ärztliche Schweigepflicht wird jederzeit gewährleistet.

Ich erkläre mich einverstanden, Rechnungen von der Health Consult GmbH zu erhalten. Meine Daten: Name, Familienname, Geburtsdatum und Anschrift werden mit meinem Einverständnis dorthin weitergegeben. Auch zukünftige Informationen aus der Praxis Dr. Mutschler dürfen mir auf elektronischem Wege (per E-Mail) zugestellt werden.

Zur Kontinuität Ihrer Gesundheitserhaltung empfehlen wir Ihnen, die Artikel in unserem Newsletter zu lesen. Hierbei handelt es sich NICHT um ein Werbe- oder Verkaufsmail, es handelt sich um eine, in unserem Sinne, wichtige aktuelle medizinische Information.

Ja, ich möchte den Newsletter des BioMedical Center Speyer erhalten und somit monatlich neue Informationen zu den Themen Gesundheit und Medizin ohne jegliche Verpflichtungen.

Speyer, \_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift